

LA RÉFORME DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2022



SOMMAIRE

Textes de référence	3
Propos introductifs	4
I - LE DISTINGUO PROTECTION SOCIALE STATUTAIRE ET PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE	6
A – La protection sociale statutaire	6
B – La protection sociale complémentaire	8
1 - La protection sociale complémentaire du risque Santé	8
2 - La protection sociale complémentaire du risque Prévoyance	8
II – L’INSTAURATION D’UN DÉBAT OBLIGATOIRE	9
A – Le contenu du débat	9
B – La période à laquelle faire le débat	9
C – Un débat sans vote	9
III – LES MODALITÉS DE PARTICIPATION DE L’EMPLOYEUR À LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE	10
A – La conclusion d’un contrat avec les organismes de protection sociale complémentaire	10
1 - Les accords collectifs majoritaires	10
2 - Les conventions de participation	11
B – La participation à la convention labellisée souscrite par l’agent	11
C – L’adhésion à une convention de participation conclue par les centres de gestion	12

Textes de référence

- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;
- Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;
- Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique ;
- Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique ;
- Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Propos introductifs

L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, prise sur le fondement de l'article 40 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, **modifie les obligations des employeurs publics en matière de protection sociale complémentaire, en les obligeant à participer au financement d'une partie de la complémentaire « santé » ET « prévoyance » souscrite par leurs agents.**

L'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires dispose que « les personnes publiques [...] participent au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident auxquelles souscrivent les agents que ces personnes publiques emploient. Ces garanties sont au minimum celles définies au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale [...].

Ces personnes publiques peuvent également participer au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'invalidité ou de décès auxquelles souscrivent les agents qu'elles emploient ».

A souligner : si dans la loi du 13 juillet 1983 la participation au risque prévoyance est une faculté, l'article 88-3 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale rend cependant obligatoire pour les collectivités territoriales et les établissements publics cette participation.

En conséquence, **les employeurs publics territoriaux devront participer obligatoirement** :

- au financement d'au moins la moitié (50%) des garanties de protection sociale complémentaire pour le risque santé, souscrites par leurs agents ;
- ET** au financement à hauteur d'au moins 20% des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir le risque prévoyance.

IMPORTANT : si l'obligation entre en vigueur à compter du **1^{er} janvier 2022**, une dérogation est prévue afin de permettre une application progressive des conséquences de cette ordonnance.

En effet, sous réserve d'évolutions législatives :

- ☞ **pour le risque prévoyance** : l'obligation de participation financière à hauteur de 20% de la protection sociale complémentaire s'impose aux employeurs territoriaux **à compter du 1^{er} janvier 2025** ;
- ☞ **pour le risque « santé »** : l'obligation de participation financière à hauteur d'au moins 50% s'impose aux employeurs territoriaux **à compter du 1^{er} janvier 2026**.

A souligner : ce dispositif a ainsi vocation à se déployer progressivement, notamment au regard des termes des conventions de participations existantes. En effet, l'article 4 de l'ordonnance du 17 février 2021 précise que « lorsqu'une convention de participation est en cours au 1^{er} janvier 2022, les dispositions de la présente ordonnance sont applicables à l'employeur public qui l'a conclue à compter du terme de cette convention ».

Dès lors, les collectivités territoriales et établissements publics ont 3 ans pour préparer cette obligation légale et notamment sur un plan financier.

La présente note a pour objet, dans l'attente de publication d'un décret, de présenter ce nouveau cadre juridique.

Ce décret prévoira notamment :

- 1° Les conditions de participation de la personne publique au financement des garanties de protection sociale complémentaire en l'absence d'accord valide ;
- 2° Les dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires et les modalités de prise en compte des anciens agents non retraités ;
- 3° Les cas de dispense, notamment à l'initiative de l'agent, de l'obligation de souscription lorsque cette modalité d'adhésion au contrat collectif ou au règlement collectif est prévue par un accord majoritaire en application du II du nouvel article 22 bis de la même loi.

Cette note sera complétée au fur et à mesure des textes et informations qui paraîtront.

I - LE DISTINGUO PROTECTION SOCIALE STATUTAIRE ET PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

A – La protection sociale statutaire

La protection sociale statutaire est prévue par la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dont l'article 21 dispose que « les fonctionnaires ont droit à [...] des congés pour raison de santé ; des congés de maternité et des congés liés aux charges parentales [...] ».

Ainsi, un fonctionnaire reste juridiquement en activité quand bien même il ne travaille pas du fait de son état de santé.

Il est alors rémunéré par son employeur et non par la sécurité sociale, pendant une certaine durée. La durée et le montant de la rémunération durant ces congés dépendent du type de congé d'une part mais aussi de la durée hebdomadaire de travail du poste sur lequel est affecté le fonctionnaire (régime d'affiliation).

Par exemple :

TYPE DE CONGÉ	FONCTIONNAIRES AFFILIÉS À LA CNRACL		FONCTIONNAIRES AFFILIÉS À L'IRCANTEC	
	Durée maximale	Rémunération versée par l'employeur	Durée maximale	Rémunération versée par l'employeur
MALADIE ORDINAIRE	1 an	3 mois : 100% 9 mois : 50%	1 an	3 mois : 100% 9 mois : 50%
LONGUE MALADIE	3 ans	1 an : 100% 2 ans : 50%	3 ans	1 an : 100% 2 ans : 50%
LONGUE DURÉE	5 ans	3 ans : 100% 2 ans : 50%		

La durée de la protection sociale varie bien :

- ☞ selon le régime d'affiliation de l'agent et donc sa durée hebdomadaire ;
- ☞ selon la nature du congé.

Pour les agents contractuels de droit public, les caractéristiques de la protection sociale statutaire gardent le même principe mais avec des durées différentes et une prise en charge hybride entre l'employeur territorial et la sécurité sociale (article 21 de la loi du 13 juillet 1983 ; articles 7 et suivants du décret n° 88-145 du 15 février 1988).

Par exemple :

TYPE DE CONGÉ	AGENTS CONTRACTUELS DE DROIT PUBLIC			
	ANCIENNETÉ	RÉMUNÉRATION VERSÉE PAR L'EMPLOYEUR	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES VERSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	
			MOINS DE 150H PAR TRIMESTRE	PLUS DE 150H PAR TRIMESTRE
MALADIE ORDINAIRE	Moins de 4 mois de service	NEANT	NEANT	50% à partir du 4 ^{ème} jour
	Après 4 mois de service	1 mois : 100% 1 mois : 50%		
	Après 2 ans de service	2 mois : 100% 2 mois : 50%		
	Après 3 ans de service	3 mois : 100% 3 mois : 50%		
GRAVE MALADIE	Après 3 ans de service	1 an : 100% 2 ans : 50%	NEANT	50% à partir du 4 ^{ème} jour pendant 3 ans si affection longue durée

Ainsi, la protection statutaire des agents publics (fonctionnaires et agents contractuels de droit public) reste limitée dans le temps, et peut vite avoir pour conséquence d'engendrer d'importantes pertes de revenus en cas d'arrêt maladie prolongé.

Pour éviter ces difficultés, les agents publics ont fort intérêt à s'assurer personnellement pour profiter d'une protection sociale complémentaire.

B – La protection sociale complémentaire

La protection sociale complémentaire est une couverture sociale apportée aux agents publics qui vient en complément de celle prévue par le statut de la fonction publique et de celle de la sécurité sociale. Il s'agit d'un mécanisme d'**assurance** qui permet aux agents de faire face aux conséquences financières des risques « prévoyance » et/ou « santé ».

LES DEUX VOILETS DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE :	→ protection sociale complémentaire du risque « santé »
	→ protection sociale complémentaire du risque « prévoyance »

1 - La protection sociale complémentaire du risque Santé

Cette protection concerne le remboursement complémentaire en sus de l'assurance maladie de base des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Ces garanties sont au minimum celles définies au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale :

- 1° La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations des organismes de sécurité sociale,
- 2° Le forfait journalier d'hospitalisation ;
- 3° Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement.

Pour rappel : en l'absence de convention de participation en cours, cette participation financière à hauteur de 50% d'un montant fixé par décret sera obligatoire dès le 1er janvier 2026.

2 - La protection sociale complémentaire du risque Prévoyance

Elle concerne la couverture complémentaire en sus des droits issus du régime de sécurité sociale obligatoire ou du statut des agents publics concernés, des conséquences essentiellement pécuniaires liées aux risques :

- ☞ d'incapacité de travail ;
- ☞ d'invalidité ;
- ☞ d'inaptitude ;
- ☞ ou de décès des agents publics.

Pour rappel : en l'absence de convention de participation en cours, cette participation financière à hauteur de 20% d'un montant de référence fixé par décret sera obligatoire dès le 1er janvier 2025.

II – L’INSTAURATION D’UN DÉBAT OBLIGATOIRE

L’ordonnance du 17 février 2021 prévoit un débat obligatoire au sein de chaque assemblée délibérante qui porte sur les garanties accordées aux agents en matière de protection sociale complémentaire.

A – Le contenu du débat

L’ordonnance ne prévoit pas de contenu : il est donc librement fixé par chaque employeur qui va procéder à ce débat.

Néanmoins, des points clés peuvent être présentés comme :

- ☞ les enjeux de la protection sociale complémentaire,
- ☞ la compréhension des risques : les situations de perte de salaire en cas de congés pour raison de santé,
- ☞ le point sur la situation actuelle au sein de la collectivité/établissement en matière de protection sociale complémentaire (contrat, participation employeur),
- ☞ la présentation du nouveau cadre : obligation de participation à la prévoyance et à la mutuelle des agents,
- ☞ les objectifs quantitatifs et qualitatifs recherchés ;
- ☞ les ressources financières ;
- ☞ etc.

A souligner : une trame de débat ainsi qu’un PowerPoint de présentation est proposé par le CDG31, en ligne sur le site.

B – La période à laquelle faire le débat

Ce débat doit obligatoirement avoir lieu dans les six mois suivant chaque renouvellement des assemblées délibérantes (article 88-4 de la loi du 26 janvier 1984).

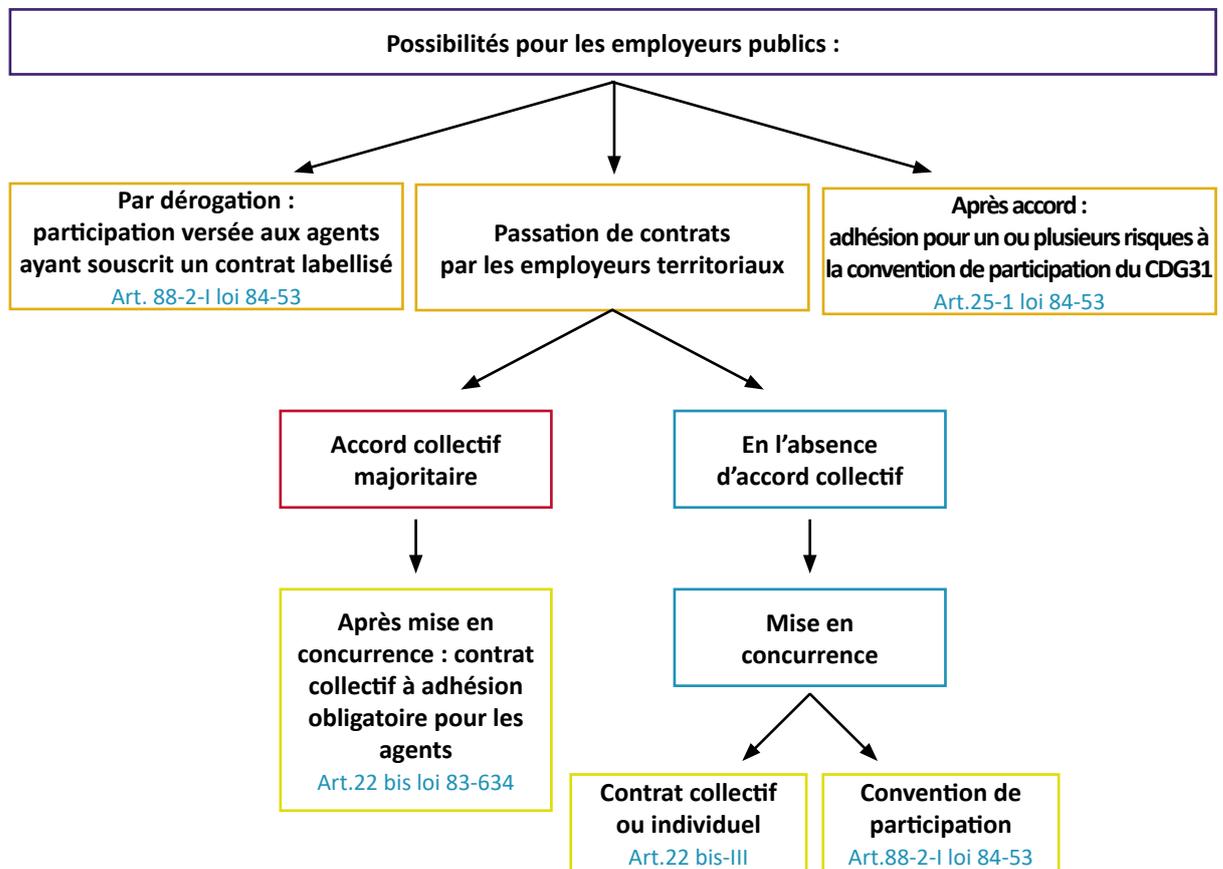
A souligner : il appartiendra donc à chaque collectivité territoriale et établissement public de penser à programmer ce débat.

IMPORTANT : pour la mandature actuelle, ce débat a lieu dans un délai d’un an à compter du 18 février 2021. Il est donc nécessaire que toutes les assemblées délibérantes aient débattu à ce sujet avant le 18 février 2022 (article 4-III de l’ordonnance du 17 février 2021).

C – Un débat sans vote

Le débat ne donne pas lieu à un vote de l’assemblée délibérante.
Aucune délibération n’est donc à adopter suite au débat.

III – LES MODALITÉS DE PARTICIPATION DE L'EMPLOYEUR À LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE



Les employeurs publics ont ainsi plusieurs voies :

- ☞ soit de conclure, dans le respect de la procédure, et notamment de mise en concurrence, des contrats directement avec les organismes de protection sociale complémentaire ;
- ☞ soit de participer à la convention labellisée souscrite par l'agent ;
- ☞ soit de passer une convention avec le centre de gestion.

A – La conclusion d'un contrat avec les organismes de protection sociale complémentaire

1 - Les accords collectifs majoritaires

L'article 8 bis de la loi du 13 juillet 1983 prévoit que « les organisations syndicales représentatives de fonctionnaires et les autorités administratives et territoriales compétentes ont qualité au niveau national, local ou à l'échelon de proximité pour conclure et signer des accords portant sur les domaines mentionnés à l'article 8 ter ».

Aux termes de l'article 8 ter, « les accords [...] peuvent porter sur les domaines suivants : [...] 13° A la protection sociale complémentaire [...] ».

Ainsi, selon le niveau des négociations, les organisations syndicales représentatives sont celles qui disposent d'au moins un siège (article 8 bis IV de la loi du 13 juillet 1983) :

- ☞ soit au sein du Conseil commun de la fonction publique ou au sein des conseils supérieurs propres à chaque fonction publique (pour la FPT : Conseil supérieur de la fonction publique territoriale) ;
- ☞ soit au sein des comités techniques (futurs comités sociaux territoriaux) placés auprès de l'autorité territoriale compétente.

A souligner : pour les collectivités territoriales et leurs établissements publics de moins de 50 agents, cet organisme est le comité technique du Centre de Gestion auquel la collectivité (ou l'établissement public) est rattachée (article 8 bis IV dernier alinéa de la loi du 13 juillet 1983).

Dès lors, à la suite d'une négociation collective avec accord majoritaire le prévoyant, l'employeur public pourra, conformément à l'article 22 bis II de la loi du 13 juillet 1983, après une procédure de mise en concurrence, conclure un contrat collectif pour la couverture « complémentaire santé ».

Cet accord collectif majoritaire peut également prévoir :

- ☞ la participation obligatoire de l'employeur public au financement de la PSC « prévoyance » ;
- ☞ l'adhésion obligatoire des agents publics à tout ou partie des garanties de ce contrat collectif.

Ces contrats à adhésion obligatoire seront éligibles aux mêmes dispositions fiscales et sociales que ceux dont bénéficient les salariés dans des conditions qui seront fixées en loi de finances et loi de financement de la sécurité sociale.

Ces accords sont réputés valides dès qu'ils sont signés par une ou plusieurs organisations représentatives de fonctionnaires ayant recueilli au moins 50% des suffrages exprimés en faveur des organisations habilitées à négocier lors des dernières élections professionnelles organisées au niveau où l'accord est négocié.

2 - Les conventions de participation

Les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent, à l'issue d'une procédure de mise en concurrence transparente et non discriminatoire permettant de vérifier que les dispositifs de solidarités entre les bénéficiaires sont mis en œuvre, conclure une convention de participation pour le risque santé, le risque prévoyance ou les deux.

Ces conventions peuvent être passées avec les mutuelles et unions, les institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance.

Dans ce cas, les collectivités et leurs établissements publics ne peuvent verser d'aide qu'au bénéfice des agents ayant souscrit un contrat faisant l'objet de la convention de participation.

Les retraités peuvent souscrire un contrat faisant l'objet d'une convention de participation conclue par leur dernière collectivité ou établissement public d'emploi.

B – La participation à la convention labellisée souscrite par l'agent

Par dérogation, les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent choisir d'apporter leur participation à des contrats dits « labellisés » souscrits par leurs agents.

IMPORTANT : il s'agit d'un moyen dérogatoire aux modalités précédentes dont les conditions vont être fixées par un décret (en attente de publication).

L'article 88-2 de la loi du 26 janvier 1984 définit le type de contrats pouvant être labellisés.

Il s'agit de contrats destinés à couvrir les risques de Santé ou Prévoyance mettant en œuvre les dispositifs de solidarité définis par décret.

Ces contrats sont caractérisés par la délivrance d'un Label dans les conditions prévues à l'article L.310-12-2 du Code des assurances, ou vérifiée dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence transparente et non discriminatoire permettant de vérifier que les dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, notamment en faveur des retraités et des familles.

Ces contrats doivent être proposés par :

- ☞ les mutuelles ou unions relevant du livre II du code de la mutualité ;
- ☞ les institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ;
- ☞ les entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances ;

Ainsi, les collectivités peuvent directement vérifier la condition de solidarité par le biais de la procédure précitée de mise en concurrence ou par l'intermédiaire de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles selon l'article L. 310-12-2 du Code des assurances.

La liste est disponible sur le site de la Direction Générale des Collectivités Locales (DGCL) : «contrats et règlements labellisés».

C – L'adhésion à une convention de participation conclue par les centres de gestion

Dès le 1^{er} janvier 2022, les centres de gestion devront assumer une nouvelle compétence obligatoire.

En effet, en vertu du nouvel article 25-1 de la loi du 26 janvier 1984, les centres de gestion concluent, pour les compte des collectivités territoriales et de leurs établissements publics et afin de couvrir pour leurs agents, au titre de la protection sociale complémentaire, les risques mentionnés au I de l'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 précitée, des conventions de participation avec les organismes de protection sociale complémentaire.

Ces conventions peuvent être conclues à un niveau régional ou interrégional selon les modalités déterminées par le schéma régional ou interrégional de coordination, de mutualisation et de spécialisation.

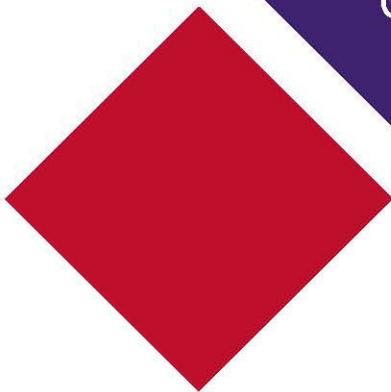
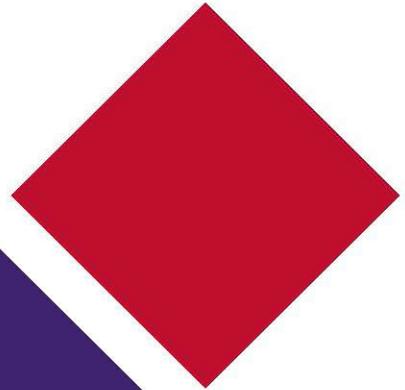
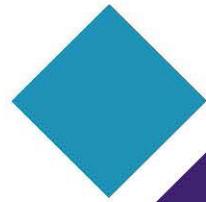
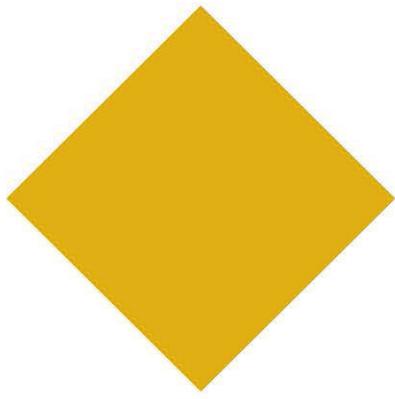
Le CDG31 a déjà mis en place une convention de participation en Santé et une convention de participation en Prévoyance. Ces deux conventions ont pris effet le 1er janvier 2017 pour une durée de 6 ans et peuvent être prorogées pour une année supplémentaire.

Cependant, seuls les employeurs territoriaux qui avaient mandaté le CDG31 lors des consultations préalables à leur mise en place peuvent y adhérer.

La mise en place de nouvelles conventions de participations est à l'étude et devra s'articuler avec les évolutions règlementaires annoncées dans ce domaine.

Le CDG31 réalisera une enquête auprès des employeurs territoriaux sur leurs besoins en la matière en mars 2022.

Ainsi, il s'agit d'une obligation pour les CDG de conclure des conventions de participation. Il est possible de s'organiser à un niveau régional ou interrégional en désignant un Centre coordonnateur. Les collectivités affiliées pourront adhérer à ces conventions de participation par le biais d'un accord signé.



LE CDG31
CONSEIL ET EXPERTISE

